

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

## **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA REGIÃO DE BRUSQUE – RECURSOS HUMANOS, PONTOS DE ATENÇÃO, SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS.**

**Carolina de Miranda Meurer**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Carolina de Miranda Meurer

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA REGIÃO DE  
BRUSQUE – RECURSOS HUMANOS, PONTOS DE ATENÇÃO,  
SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Odontologia

**Orientador:** Profª Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira  
de Mello

Florianópolis

2014



Carolina de Miranda Meurer

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DA REGIÃO DE  
BRUSQUE – RECURSOS HUMANOS, PONTOS DE ATENÇÃO,  
SISTEMAS DE APOIO E SISTEMAS LOGÍSTICOS.**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 10 de novembro de 2014.

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello,  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Josimari Telino de Lacerda,  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Dda, Heloisa Godoi  
Programa de Pós-Graduação/Universidade Federal de Santa Catarina



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, que além de companheiros sempre foram exemplo de dedicação. Obrigada por todo o amor, carinho, atenção e esforços durante toda essa jornada, inclusive muito antes de ela começar.

À Isabella, pela companhia e cházinhos calmantes.

À Thiago, pelo amor, tranquilidade e parceria. Obrigada por ter tornado as coisas mais fáceis.

À minha orientadora, Ana Lúcia, pela maravilhosa orientação. Obrigada pelos ensinamentos, tranquilidade e respeito.

Aos membros da banca e suplentes, por terem aceito o convite e participarem junto comigo desse momento tão importante.

À minha dupla querida, Morgana, que muito escutou sobre todo o meu percurso da faculdade, manhãs ou tardes inteiras, durante esses 5 anos.

Aos cirurgiões-dentistas dos municípios estudados, pela gentileza e atenção durante a realização da pesquisa.

À todos os professores e funcionários da UFSC que fizeram parte dessa jornada, cada um à sua maneira, mas todos igualmente importantes para concretização desse sonho.



## **RESUMO**

Para responder às necessidades de saúde da população, os sistemas de saúde devem possuir pontos de atenção articulados, a fim de prestar uma atenção em saúde contínua e integral. A implantação das Redes de Atenção à Saúde é a possibilidade de garantir acesso da população às ações e serviços odontológicos de maneira integral. Esta pesquisa objetivou caracterizar os elementos Recursos Humanos, Pontos de Atenção, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos do elemento Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) da Região de Saúde de Brusque, em Santa Catarina. Este é um estudo de natureza quantitativa, descritiva e exploratória. A coleta de dados primários foi realizada por meio de um questionário estruturado, que foi aplicado aos Coordenadores de Saúde Bucal de cada município envolvido. Os dados obtidos foram tabulados e analisados a partir de fundamentos que orientam a conformação das Redes de Atenção à Saúde. A Região de Saúde pesquisada apresenta pontos de atenção em Saúde Bucal nos três níveis de atenção. Por serem municípios de diferentes portes, foi encontrada uma diversidade nos estágios de implantação e organização da RASB em cada município. Constatou-se a necessidade de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ampliação do quantitativo de equipes de saúde bucal inseridas na ESF em todos os municípios. Além disto, foi encontrada uma integração limitada entre os municípios, o que desfavorece a integralidade da atenção.

Descritores: Assistência à Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Assistência Odontológica Integral, Rede de Cuidados Continuados de Saúde





## ABSTRACT

To answer all the population health needs, public health systems must have articulated points of care, in order to give continuous and comprehensive health assistance. The implementation of Health Care Networks is the possibility of assuring population access to all the actions and dental services in a whole way. This research aimed to characterize the Oral Health Care Operating Structure (OHCOS) of the Health Region of Brusque, Santa Catarina. This is a quantitative descriptive and exploratory study. The gathering of primary data was performed by a structured questionnaire, applied to Oral Health Care Coordinators of each city involved. Data were tabulated and analyzed from fundamentals that guide the conformation of Health Care Networks. The Health Region investigated shows points of care in Oral Health on the three levels of care. Because they are different sized cities, it was found diversity scenario in the implementation and organization stages of the OHCOS in each city. It was found a strengthening need of the Family Health Care Strategy and a need to expand the oral health care teams. Beyond that, it was found a limited integration between cities, in which disfavors the integrality of the oral health assistance.

**Descriptors:** Delivery of Health Care, Dental Health Services, Comprehensive Dental Care, Continuous Health Care Network.



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quantitativo de CD vinculados aos serviços públicos municipais. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	33
Quadro 2 – Relação número de habitantes/CD vinculados ao município. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	34
Quadro 3- Distribuição de CD vinculados à Atenção Básica nos municípios analisados, segundo carga horária. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	34
Quadro 4 – Distribuição de CD vinculados aos municípios analisados à Atenção Secundária, segundo carga horária e de acordo com as especialidades atuantes. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	36
Quadro 5- Distribuição de CD vinculados aos municípios analisados à Atenção Terciária e Serviço de Urgência, segundo carga horária. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	37
Quadro 6 – Quantitativo de recursos humanos em Saúde Bucal vinculados aos municípios em estudo e carga horária. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	38
Quadro 7 – Distribuição de CD vinculados aos municípios estudados segundo vínculo empregatício e presença de PCCS. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	39
Quadro 8 – Quantitativo de pontos de atenção em saúde distribuídos nos municípios. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	40
Quadro 9 – Quantitativo de sistemas de apoio da RASB nos municípios. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	40
Quadro 10 – Relação de ferramentas de Sistema Logístico distribuídas nos municípios estudados. Região de Saúde de Brusque, 2014.....	41



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica  
APD – Auxiliar em Prótese Dentária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AS – Atenção Secundária  
ASB – Auxiliar em Saúde Bucal  
AT – Atenção Terciária  
CD – Cirurgião-Dentista  
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
LRPD – Laboratório Regional de Prótese Dental  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PCCS – Plano de Cargo, Carreiras e Salários  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RASB – Rede de Atenção à Saúde Bucal  
SADT – Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico  
SB – Saúde Bucal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TPD – Técnico em Prótese Dentária  
TSB – Técnico em Saúde Bucal  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Sistemas de Atenção à Saúde.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Redes de Atenção à Saúde: Conceitos e Elementos constitutivos .....</b>	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 Objetivos específicos .....</b>	<b>25</b>
<b>4 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Desenho do Estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Local do Estudo .....</b>	<b>27</b>
<b>4.3 Coleta de Dados .....</b>	<b>28</b>
<b>4.4. Aspectos Éticos .....</b>	<b>28</b>
<b>4.5. Referencial Teórico utilizado para Análise de Dados .....</b>	<b>28</b>
<b>4.6 Limitações do Estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A: Questionário para coleta de dados.....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. ....</b>	<b>61</b>
<b>ANEXO A: Parecer CEP/UFSC. ....</b>	<b>63</b>



**ANEXO B: Autorização cedida pelo Chefe da Divisão de Saúde  
Bucal do Estado de Santa Catarina para realização da pesquisa... 65**

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, por definição constitucional, um sistema público de saúde, nacional e de caráter universal, com base na concepção de saúde como direito de cidadania (BRASIL, 2009a).

Garantido pela Constituição Federal de 1988 e regulado pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990) e Lei 8.142 (BRASIL, 1990a), também chamadas de Leis Orgânicas da Saúde (LOS), prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos.

Os princípios doutrinários dizem respeito às concepções que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Tratam de princípios fundamentais dados ao Sistema: a universalidade, a atenção integral e a equidade. Os princípios organizativos são a descentralização, a regionalização e a hierarquização (BRASIL, 1988). Estes orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador, os princípios doutrinários (PEREIRA, 2003).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde prestados à população (BRASIL, 2010).

A realidade do SUS está ainda muito longe do ideário do SUS constitucional. Enquanto o SUS constitucional propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, expresso na saúde como direito de todos e dever do Estado, o SUS real vai se consolidando como um espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado (MENDES, 2004).

Nos últimos anos, entre os vários desafios na organização dos sistemas de saúde, tem sido frequente a preocupação com a fragmentação do cuidado e dos sistemas de saúde. Esta fragmentação do cuidado em saúde é um fator importante a ser enfrentado para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (BRASIL, 2009a).

A fragmentação dos sistemas de saúde implica vários problemas. Sistemas fragmentados são ineficientes porque estão dirigidos, fundamentalmente, a atender pessoas doentes, pois não têm ênfase em medidas promocionais e preventivas, nem têm uma responsabilização por uma determinada população. São ineficientes porque não estão focalizados na gestão de riscos populacionais; não atendem as pessoas nos lugares certos; dividem o evento das doenças e a atenção por partes que não se comunicam, rompendo o princípio da continuidade da atenção;

tendem a incentivar financeiramente os pontos de atenção à saúde de maior densidade tecnológica; levam à multiplicação dos recursos tecnológicos e criam incentivos para a indução da demanda pela oferta (MENDES, 2007).

Neste sentido, ganha corpo a discussão sobre a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a implantação de redes, na prática, a possibilidade de se atingir integralidade da atenção, ou seja, garantir acesso para que se realize o cuidado à saúde dos indivíduos, de acordo com suas necessidades, assegurando qualidade de vida às pessoas (GODOI, 2013). Inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS irá produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

A portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde, publicada em 30 de dezembro de 2010 estabeleceu os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS (BRASIL, 2010).

As RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde bucal (SB) é parte da saúde geral e é essencial para o bem-estar das pessoas. Implica estar livre de enfermidades ou agravos que afetem o complexo craniofacial e possibilita falar, sorrir, beijar, tocar, cheirar, saborear, mastigar e deglutir, além de proteger contra infecções e ameaças ambientais. A OMS assinala ainda que as doenças bucais implicam restrições de atividades na escola, no trabalho e na vida doméstica, causando a perda de inúmeras horas dessas atividades, a cada ano, em todo o mundo. Além disto, o impacto psicológico dessas enfermidades reduz a qualidade de vida. Assim, a expressão “saúde bucal” corresponde, portanto, a um conceito que não pode ser reduzido à saúde dos dentes e boca (OMS, 2003a; NARVAI, 2011). Por este motivo, as ações de saúde bucal devem se inserir numa estratégia planejada garantindo interrelação permanente com as demais ações saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil elaborou o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo. No âmbito da assistência, essas diretrizes apontam, fundamentalmente, para a

ampliação e qualificação da atenção básica (AB), possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos também nos níveis secundário e terciário, de modo a buscar a integralidade da atenção (BRASIL, 2004).

Com o objetivo de orientar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal, no âmbito da atenção básica, em 2006 é publicado o Caderno de Atenção Básica Nº 17 (BRASIL, 2006).

Esses documentos contribuem substancialmente para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) (GODOI, 2013). O modelo de atenção em saúde bucal, organizado em rede, é capaz de operar com melhor capacidade de resposta às aspirações e às necessidades individuais e coletivas, compensando a fracionada e insuficiente presença histórica do Estado no campo da saúde bucal coletiva (MELLO et al., 2014).

As RAS são constituídas de três elementos fundamentais: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

O elemento estrutural operacional da RAS é constituído pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam (BRASIL, 2010).

No desempenho geral do sistema, a fragmentação se manifesta como falta de coordenação entre os pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde no lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação expressa-se como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OPAS, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde. A mudança dos sistemas fragmentados para as RAS só poderá ocorrer se estiver apoiada numa APS de qualidade (MENDES, 2011).

Por esse motivo, por meio desta pesquisa, desejou-se responder a pergunta: **Como se caracteriza o elemento Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Região de Saúde de Brusque, no Estado de Santa Catarina?**

Partindo desse questionamento, o presente estudo teve como propósito caracterizar o elemento Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Região de Saúde de Brusque, no Estado de

Santa Catarina, tomando como fundamento as diretrizes que orientam a conformação das Redes de Atenção à Saúde.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 Sistemas de Atenção à Saúde**

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia entre as necessidades das populações e a forma como os sistemas de saúde se organizam para respondê-las socialmente (OPAS, 2010).

As condições crônicas atualmente constituem o maior problema de saúde em países desenvolvidos e uma situação similar é tendência para os países em desenvolvimento. As tendências epidemiológicas indicam que haverá aumento da prevalência de agravos crônicos à saúde em todo o mundo (OMS, 2003).

No Brasil, hoje, a situação de saúde marca-se por uma transição demográfica e epidemiológica acelerada e se expressa por uma situação de tripla carga de doenças: não superação de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de agravos por causas externas e uma presença forte de condições crônicas (MENDES, 2011, COLEMAN; WAGNER, 2008).

Os sistemas de saúde predominantes em diversos países estão falhando, pois não conseguem acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona. Para lidar com ascensão das condições crônicas é imprescindível que os sistemas de saúde transponham o modelo dominante, baseado no atendimento às urgências e emergências e a uma resposta tipo queixa-conduta, centrada no profissional médico (OMS, 2003).

Deve-se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS. Isso envolve a implantação das Redes de Atenção à saúde (RAS), que são uma forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN, 2008).

Na perspectiva de superar as dificuldades encontradas, em 2006, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006b). O Pacto pela Saúde busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL 1990, BRASIL1990a) e prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir desses princípios que se construiu uma pactuação que contempla três dimensões que não podem ser tratadas separadamente, pois se correlacionam: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (SCHNEIDER et al., 2009).

O estabelecimento do Pacto pela Saúde possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006b).

Com o Pacto há uma maior participação dos gestores das três esferas do governo e torna a esfera federal principal indutora na construção de redes integradas e regionalizadas de saúde. Esta regionalização estimula a organização de redes de atenção à saúde (GODOI, 2013; TREVISAN, JUNQUEIRA, 2007; SCHNEIDER et al, 2009; BRASIL, 2006a).

Desta maneira, o Pacto pela Saúde se constitui em eixo estruturante para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde e, em contrapartida, as RAS tornam-se uma ferramenta estratégica para a construção do Pacto pela Saúde (GODOI, 2013).

Para Mendes (2011), o movimento universal em busca da construção das RAS é sustentado por evidências provenientes de vários países, de que as redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde e melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde.

## **2.2 Redes de Atenção à Saúde: Conceitos e Elementos constitutivos**

Segundo Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades que possuem autonomia.

Para Mendes (2011), o conceito de rede de atenção à saúde é o seguinte:

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária a saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população (MENDES, 2011).

A partir desse conceito, emergem os conteúdos básicos das RAS. Entre estes conteúdos, pode-se destacar: apresentam missão e objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiam constantemente seus recursos, convocam a atenção integral e funcionam sob coordenação da atenção primária, implicam em continuidade de atenção nos três níveis e, principalmente, são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica, em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Além disso, prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente, focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde e tem responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população (MENDES, 2011)

A RAS é constituída por três elementos e sua operacionalização se dá pela interação entre eles. São elementos constitutivos das RAS: população, estrutura operacional e sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

O primeiro elemento constitucional das RAS é a população, que está sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A população é uma característica fundamental da RAS, pois é nela que se baseia a atenção à saúde. Esta população de responsabilidade da RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes, deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos e está sob a responsabilidade fundamental da atenção primária. Entre esses momentos, está o processo de territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação das



famílias por riscos sociosanitários e a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a Estrutura Operacional. Esta é constituída pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses pontos. A estrutura operacional da RAS é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, que é a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde), que constituem a ligação entre os pontos; e o sistema de governança, o qual governa as relações entre todos os elementos (MENDES, 2007; 2011).

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contra fluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2011). As redes de atenção à saúde têm, na APS, o seu centro de comunicação. É a APS que ordena os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Estudos internacionais demonstram que os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a APS apresentam resultados melhores, são mais eficientes, tem menores custos e produzem mais satisfação para os usuários quando comparados com sistemas de fraca orientação para a APS. Sem uma APS muito bem estruturada não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade. Este fato é sustentado na literatura internacional, inclusive pela OMS, que em 2008 publicou o Relatório Mundial de Saúde, com o título “Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca” (OPAS, 2010).

Os pontos de atenção secundária e terciária são nós da RAS em que se ofertam determinados serviços especializados. Se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária (AT) mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária (AS) e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária, também chamado de média

complexidade e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária ou alta complexidade. Entretanto, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre os pontos de atenção, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção secundária da RASB são representados pelos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e os pontos de atenção terciária são representados por serviços de alta complexidade. Estes serviços de alta complexidade são oferecidos em ambulatorios ou hospitais e são os tratamentos e reabilitações de anomalias craniofaciais e lesões labiopalatais, envolvendo as especialidades de ortodontia, implantodontia, cirurgia e prótese. Os serviços de urgências odontológicas compõem outro ponto de atenção secundária em saúde bucal apontado por esse estudo. Esses serviços podem ser ofertados por Unidades de Pronto atendimento (UPA). Estas unidades não possuem a obrigação de oferecer serviços odontológicos mas, permitem esse tipo de atendimento e o sugerem em unidades de maior porte, as UPA do tipo III. (BRASIL, 2009; 2011a; COLUSSI et al., 2009; MENDES 2011; SOUZA et al., 2011).

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das RAS em que são prestados os serviços comuns a todos os outros pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011). Na rede de atenção em saúde bucal, considera-se também como sistema de apoio os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). É considerado sistema de apoio por ser um estabelecimento registrado no CNES como unidade de saúde de serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT), para realizar, no mínimo, serviços de prótese dentária total e/ou prótese parcial removível (BRASIL, 2007).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas que organizam os fluxos e contra fluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas RAS por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Os principais sistemas logísticos das RAS são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2011).

O cartão de identificação dos usuários é o instrumento que permite associar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde. No SUS, há uma proposta de cartão de identificação das pessoas usuárias que é o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS (BRASIL, 2011).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (2013), os prontuários clínicos são definidos como um

documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Estes possuem uma função comunicacional entre os profissionais de saúde e são utilizados como ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias. Os prontuários clínicos são um elemento fundamental na gestão da atenção à saúde vez que, dele, derivam fluxos importantes para alimentar os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira (MENDES, 2011).

No entanto, o prontuário em papel apresenta diversas limitações, sendo ineficiente para o armazenamento e organização de grande volume de dados, o que é a realidade do SUS. Como solução, um sistema de prontuário eletrônico torna as informações sobre a história médica do paciente, os resultados de exames laboratoriais e de imagem mais disponível e atualizada. Além disso, os dados armazenados podem ser compartilhados com os outros profissionais que prestam serviço ao paciente e têm maior legibilidade e exatidão, reduzindo a possibilidade de erros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2012).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que medeiam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde. Racionalizam o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais (MENDES, 2011).

Os sistemas de transportes em saúde estruturam os fluxos e contra fluxos de pessoas e de produtos nas RAS. Devem transportar os usuários em busca de atenção à saúde, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde (MENDES, 2011).

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças. Uma boa governança é marcada pela presença de determinados critérios, sendo a participação de todos os cidadãos e a transparência, exemplos desses critérios (RONDINELLI, 2006).

A governança das RAS é o arranjo organizativo entre organizações que permite a gestão de todos os componentes dessas redes e deve ser feita por meio de arranjos interfederativos. Na RAS, os sistemas de governança têm como objetivo governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes (MENDES, 2007; 2011).

No Brasil, na esfera federal, o arranjo interfederativo é denominado Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) na esfera estadual e Bipartites Regionais (CIR) nas regiões de saúde (MENDES, 2007; 2011). A participação popular necessária à boa governança é representada pelos Conselhos de Saúde, que foram instituídos em 1990, através da Lei nº 8142/1990 e promovem espaço para participação da sociedade. As decisões obtidas nos Conselhos de Saúde têm caráter permanente e deliberativo, como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários (GODOI, 2013).

O terceiro elemento constitutivo das RAS é o modelo de atenção à saúde, que é um sistema logístico responsável por organizar o funcionamento das RAS (MENDES, 2011). Ele articula as relações entre população e sistema de saúde, contemplando a intersetorialidade, a integralidade e considerando as vulnerabilidades as quais a população está submetida (GODOI, 2013).

No Brasil, devido as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos e nos processos de saúde/doença há a necessidade da instalação de um novo modelo de atenção, o qual seja coerente com a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças. Assim, necessita de um modelo que responda às suas necessidades, ou seja, para que a implantação da RAS provoque uma mudança radical no SUS é necessário que exista uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas (GODOI, 2013).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), uma estratégia que traz no centro de sua proposta à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, visando novas políticas de saúde (Brasil, 1997).

A Estratégia da Saúde da Família (ESF), é uma estratégia adotada pela Política Nacional de Atenção Básica e descrita pela Portaria 4.279/2011 como um quesito para o estabelecimento da RAS. Esta estratégia atua com base nos atributos do primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação e abordagem familiar e comunitária e recomenda uma atuação interdisciplinar das equipes de saúde. A equipe de saúde da família deve ser responsável pelo cuidado à saúde, deve resolver os problemas de saúde da população sob a sua responsabilidade no nível da atenção básica e garantir o acesso à continuidade do tratamento dentro de um sistema de referência e contra referência (BRASIL, 1997; REIS, 2010; GODOI, 2013; LACERDA, TRAEBERT, 2006).

No ano de 2000, profissionais de saúde bucal foram incorporados à Equipe de Saúde da Família, atendendo a solicitações das entidades da classe e da população (LACERDA, TRAEBERT, 2006). A reorientação das ações de saúde bucal através da ESF é um requisito apontado para a composição da rede de saúde bucal, considerando que, a partir da reestruturação desse atendimento, traçam-se, progressivamente, os fluxos entre os pontos de atenção conduzindo a uma plena interação na RASB (MELLO et al., 2014)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Caracterizar os elementos Recursos Humanos, Pontos de Atenção, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos do elemento Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Região de Saúde de Brusque, no Estado de Santa Catarina.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os recursos humanos da Rede de Atenção à Saúde Bucal.
- Identificar os pontos de atenção e sistemas de apoio e logístico da Rede de Atenção à Saúde Bucal, bem como caracterizar a integração entre esses pontos.



## **4 MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, que foi realizado na Região de Saúde de Brusque, localizada no estado de Santa Catarina.

Por ser um estudo quantitativo, métodos estatísticos foram empregados tanto na coleta quanto no tratamento das informações, podendo se caracterizar como de natureza descritiva e exploratória a partir do momento que visa observar, registrar e/ou correlacionar os fatos sem interferir no ambiente analisado, por meio da descrição das características da realidade encontrada, com o intuito de melhorar o conhecimento sobre o assunto (MARTINS, 2005).

### **4.2 Local do Estudo**

O estado de Santa Catarina, situado na região sul do Brasil, apresenta 295 municípios e 6.634.254 habitantes (IBGE, 2013).

Os municípios estão agrupados em 16 regiões de saúde e 9 macrorregiões de saúde e apenas 12 municípios do estado apresentam mais de 100 mil habitantes, sendo caracterizados como de grande porte.

A região de saúde do município de Brusque, que foi incluída neste estudo, é composta por 3 municípios (Brusque, Botuverá e Guabiruba), uma Secretaria de Desenvolvimento Regional e apresenta uma população de referência de 141.893 habitantes. Brusque é o município de referência e apresenta uma população de 116.634 habitantes, sendo assim caracterizado como de grande porte. O município de Botuverá possui 4.785 habitantes e o município de Guabiruba, 20.474 habitantes (IBGE, 2013).

A escolha desta região de saúde ocorreu de forma intencional. Sendo a intenção da pesquisa analisar a RASB, partiu-se do pressuposto que, sendo Brusque, o município de referência, um município de grande porte e alto desenvolvimento econômico a constituição de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal se encontraria melhor definida, levando-se em consideração a possibilidade de oferta de serviços de média e alta complexidade, o que possibilitaria uma melhor análise da RASB. Além disso, os municípios que compõem a Região de Saúde possuem características socioeconômicas muito distintas tornando relevante a realização da pesquisa.



### **4.3 Coleta de Dados**

Para coleta de dados foi utilizado como instrumento um questionário estruturado (Apêndice A), com questões referentes ao tema Redes de Atenção à Saúde Bucal. O questionário foi elaborado previamente com base na Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, no Caderno de Atenção Básica nº 17 e nas Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, para realização de uma dissertação de mestrado. Assim, o questionário foi previamente testado (GODOI, 2013).

O questionário foi aplicado aos Coordenadores de Saúde Bucal de Brusque e Botuverá e a um cirurgião-dentista de Guabiruba, visto que o município não apresenta um Coordenador de Saúde Bucal. Essas pessoas foram selecionadas por considerá-las as com maior conhecimento sobre o objeto de pesquisa. A pesquisadora foi até cada cidade aplicar o questionário com os entrevistados.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados com auxílio de planilhas do programa Microsoft Excel®.

### **4.4. Aspectos Éticos**

O macro projeto referente a esta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e recebeu aprovação através do protocolo de número 27856, de 28 de maio de 2012 (Anexo A).

Foi disponibilizado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) para leitura prévia. A apresentação do termo forneceu os esclarecimentos sobre o estudo e a assinatura foi condição para a participação na pesquisa.

### **4.5. Referencial Teórico utilizado para Análise de Dados**

Para que uma RASB funcione e apresente um completo desempenho, é necessária a interação entre os três elementos constitutivos de uma RAS: população, estrutura operacional e modelo de atenção (BRASIL, 2010).

Neste trabalho, optou-se por analisar o elemento constitutivo Estrutura Operacional devido aos recursos humanos e estrutura física serem condição crucial para existência de uma RASB. Este elemento das RAS apresenta cinco componentes: o centro de comunicação, os pontos

de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2011). Os itens analisados no trabalho serão Recursos Humanos, Pontos de Atenção, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos.

## **Recursos Humanos em Saúde Bucal**

Para a execução dos serviços de saúde bucal, são recursos humanos necessários: o cirurgião-dentista (CD), o Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), o Técnico em Saúde Bucal (TSB), o Auxiliar em Prótese Dentária (APD) e o Técnico em Prótese Dentária (TPD). Estes profissionais devem estar registrados no Conselho Regional de Odontologia.

Neste estudo foram pesquisados: o número total de CDs existentes em cada município, sua relação com o número de habitantes, a forma de vínculo com o município, se há plano de cargos e salários e o número de profissionais auxiliares atuantes no município, agrupando-se o quantitativo de TSB e ASB. A importância de encontrar-se profissionais em quantidades adequadas é dada pelo fato de que a carência de profissionais e principalmente de profissionais alinhados com a política pública demonstra uma fragilidade na gestão do trabalho e uma incoerência entre a oferta de serviços e as reais necessidades da população (MENDES, 2011).

Também foi pesquisada a distribuição dos profissionais de odontologia em cada nível de atenção, para certificar que há atuação nos três níveis de atenção e quais especialidades estão presentes. Foi questionado também, a quantidade de CDs atuantes na atenção primária que perfazem 40 horas semanais pois essa forma de atuação é considerada essencial para a manutenção do vínculo com a população e da longitudinalidade do cuidado.

Foram coletados por meio dos questionários aplicados aos gestores os dados relacionados ao número de dentistas atuantes na Atenção Primária e Atenção Secundária (CEO) e em serviços de urgência e emergência (UPA ou outro tipo de serviço de pronto atendimento). Os dados referentes ao número de dentistas atuantes na Atenção Terciária (que para este estudo foram considerados os serviços de alta complexidade ofertados pelas unidades hospitalares) também foram coletados apesar de alguns municípios não contabilizarem estes profissionais em seu quadro de funcionários pois não possuem a gestão dos hospitais ou não possuem hospitais.

## Pontos de atenção da RASB

Os pontos de atenção à saúde correspondem às instituições onde se ofertam os serviços de saúde. Diferenciam entre si por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e esses, mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção primária (MENDES, 2011). Nesse estudo, a análise dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal partiu da quantificação dos pontos de atenção à saúde bucal existentes nos municípios de Brusque, Guabiruba e Botuverá.

Para análise da Atenção Básica, foi investigada a distribuição dos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios, visto que garantir os serviços de saúde bucal articulados com toda a rede de serviços de saúde é um dos requisitos para a reorientação do modelo de atenção em saúde bucal (BRASIL, 2004).

Para análise dos pontos de atenção secundária, foi constatada a existência de um CEO para a Região de Saúde e, além disso, se o CEO encontra-se conforme os requisitos da Portaria 1.570/2004. Segundo esta portaria, os CEO são estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e são classificados como Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade. Realizam serviços especializados de odontologia e apresentam como requisitos para sua caracterização (BRASIL, 2004a):

- Ser Unidade de Saúde cadastrada no CNES, conforme descrito;
- Ofertar, minimamente, os procedimentos nas especialidades: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais;
- Ser referência para o próprio município, região ou microrregião de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR);
- Dispor dos equipamentos e recursos mínimos para operacionalização.

Fazem parte dos serviços de Atenção Terciária os atendimentos a pacientes oncológicos, cirurgias da face e do sistema estomatognático,

procedimentos em fissuras labiopalatais, reabilitação protética e funcional das doenças da face e do sistema estomatognático (BRASIL, 2007), atendimento a pacientes com necessidades especiais em ambiente hospitalar (BRASIL, 2010a) e ações em saúde bucal para pacientes hospitalizados (MATTEVI et al., 2011).

Para caracterizar a Atenção Terciária neste estudo, foi investigada a presença de serviços de alta complexidade em odontologia no ambiente hospitalar, constatando-se a referência e/ou presença de unidades hospitalares que realizam atendimentos odontológicos nos municípios integrantes da Rede de Atenção à Saúde Bucal do município de Brusque.

Visto não ser obrigatória a oferta de serviços odontológicos em UPA e por ser possível ofertar esse serviço nas Unidades Básicas de Saúde, não foi demonstrado o quantitativo de UPA nos municípios.

## **Sistemas de Apoio**

Os Sistemas de Apoio são os lugares institucionais da Rede de Atenção onde são prestados os serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Para este estudo, foram considerados Sistemas de Apoio da RASB a Assistência Farmacêutica e o Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

A Assistência Farmacêutica deve contemplar a atenção farmacêutica de acordo com a necessidade da atenção em Saúde Bucal. Já o Apoio Diagnóstico e Terapêutico contempla os Serviços de Radiologia Odontológica, Patologia e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD).

Segundo a Política Nacional de Saúde Bucal, os LRPD são serviços de atenção secundária. No entanto, neste trabalho, por prestarem atendimento aos três níveis de atenção, foram considerados pontos de apoio da RASB. Além disso, possuem cadastro no CNES como unidade de saúde de serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT).

## **Sistemas Logísticos**

Os Sistemas Logísticos permitem a integração dos pontos de atenção à saúde na RASB, desenvolvem os fluxos, possibilitam o compartilhamento de informações e a identificação do usuário.

Para análise deste sistema buscou-se a identificação de diretrizes clínicas/protocolos assistenciais; formulários ou fluxogramas específicos

para referência e contrareferência; existência de sistemas de regulação responsáveis pela interação entre o usuário e o serviço que incluam os serviços de SB; prontuários eletrônicos para os serviços de SB e, oferta de transportes sanitários, especificamente transporte de usuários, nos municípios que compõem a RASB.

#### **4.6 Limitações do Estudo**

Entre as limitações encontradas para realização da pesquisa, destaca-se o fato do instrumento de coleta ser um questionário quantitativo, o que limita a diversidade de informações que podem ser obtidas e posteriormente analisadas.

Os respondentes do questionário serem os Coordenadores de Saúde Bucal ou Cirurgiões-Dentistas constitui outra limitação. Questiona-se o conhecimento dos mesmos sobre o processo de regionalização e a participação na pactuação da gestão.

A inclusão de apenas um dos três elementos constituintes da RASB e a exclusão do elemento Governança impossibilitaram a análise completa da RASB.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se a seguir os resultados da análise do elemento Estrutura Operacional da RASB da Região de Saúde de Brusque, composta pelos municípios de Brusque, Botuverá e Guabiruba.

A apresentação dos resultados por município segue o referencial teórico das RAS e seu elemento Estrutura Operacional, adotado por este estudo.

Em relação aos Recursos Humanos em saúde bucal, o Quadro 1 apresenta o quantitativo de cirurgiões-dentistas vinculados aos serviços públicos municipais. Todos os municípios possuem ao menos um dentista vinculado, sendo que Brusque, o município de referência, apresenta o maior número de dentistas vinculados.

Ao analisar o Quadro 1, pode-se observar também que apenas dois municípios possuem dentistas em cargo de coordenação. No município de Botuverá, o único CD vinculado exerce além do cargo de CD, a função de coordenação. Com a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve aumento da oferta de atenção à saúde bucal e mudanças na forma organizacional dos serviços. Assim, surgiu a necessidade de gestores qualificados para ordenar as ações nos municípios, os coordenadores de saúde bucal. Esses têm papel determinante na busca de melhor qualidade de atendimento e maior facilidade no acesso da população (RODRIGUES, 2001).

**Quadro 1 – Quantitativo de CD vinculados aos serviços públicos municipais. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Total de CD (vinculados ao município)	33	1	6
Total de CD em coordenação	1	1	0

O Quadro 2 apresenta a relação cirurgião-dentista por habitante em cada município da Região de Saúde de Brusque, feita com base no número total de CD vinculados. Na relação apresentada não é considerada a carga horária e o nível de atenção em que cada CD atua. No entanto, conforme mostra o Quadro 3, a grande maioria dos CD atuam na AB, tornando esta relação relevante para o estudo, visto que a AB é uma estratégia de reordenamento do sistema de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2010).

Segundo a Portaria 2.488 de 2011, cada Equipe de Saúde da Família deve ser responsável por no máximo 4000 habitantes, sendo 3000 habitantes a média recomendada (BRASIL, 2011b). No Quadro 2 é possível observar que os municípios de Brusque e Guabiruba possuem razão número de habitantes/CD entre 3000 e 4000mil habitantes, cumprindo o mínimo recomendado pela Portaria. Já o município de Botuverá possui essa razão acima de 4000. Assim, está aquém da recomendação, fato que pode comprometer o acesso e a qualidade da atenção à saúde bucal oferecida no município.

**Quadro 2 – Relação número de habitantes/CD vinculados ao município. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Razão Habitante/CD
Brusque	3534 habitantes /CD
Botuverá	4785 habitantes /CD
Guabiruba	3412 habitantes /CD

Em relação ao quantitativo de dentistas que trabalham na AB, o Quadro 3 mostra que há uma discrepância entre os municípios.

**Quadro 3- Distribuição de CD vinculados à Atenção Básica nos municípios analisados, segundo carga horária. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Total de CD em AB	23	1	6
Total de CD em AB 20h	10	0	6
Total de CD em AB 30h	0	0	0
Total de CD em AB 40h	13	1	0
Total de CD com ESF	13	1	0
Total de CD sem ESF	10	0	6

De acordo com a Portaria 2.488/2011, os profissionais inseridos na ESF devem possuir carga horária de 40h semanais (BRASIL, 2011b), para que estes disponham de tempo e dedicação ao processo de trabalho desenvolvido na AB. A ESF valoriza, entre outros princípios, o vínculo com a população. O vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço (SHIMIZU, 2004; CAMPOS 1997).

Em Botuverá, o único dentista vinculado atua na AB, trabalha em regime de 40h semanais e está inserido na ESF. Em Guabiruba, todos os 6 dentistas atuam na AB e trabalham em regime de 20h semanais, de modo que nenhum está inserido na ESF.

Já no município de referência, Brusque, 23 (69,6%) dentistas vinculados ao município, atuam na AB. Desses, 13 dentistas (56,5%), ou seja, mais da metade, perfazem 40h semanais e estão inseridos na ESF, enquanto 10 perfazem 20h semanais e não estão inseridos na ESF. No entanto, a simples denominação ESF não garante que os princípios dessa estratégia sejam colocados em prática, fato que compromete a continuidade do cuidado.

A presença de profissionais inseridos na ESF é necessária para garantir atenção integral e contínua a toda a população. As equipes de ESF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde da comunidade, com atendimento de qualidade, prevenindo de doenças, evitando encaminhamentos desnecessários e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

Os coordenadores de saúde bucal de todos os municípios afirmaram que a AB do seu município consegue apenas parcialmente organizar o fluxo dos usuários na rede de atenção. O principal motivo citado refere-se à grande demanda por parte dos usuários aos serviços odontológicos. Também se identifica como razão, a escassez de atividades de prevenção de doenças e falta de incentivo da Prefeitura Municipal em relação a esta questão.

Uma revisão sistemática realizada pela *Health Evidence Network*, com 107 trabalhos internacionais, mostrou que os sistemas baseados numa APS forte estiveram associados com melhores resultados sanitários para a população. Além disso, os sistemas com APS solidamente organizada estiveram associados com maior satisfação das pessoas usuárias e com menor gasto agregado na atenção à saúde (ATUN, 2004).

Uma outra revisão sistemática sobre a AB realizada pelo *Health Council of the Netherlands* concluiu que há evidências de uma relação significativa entre uma APS forte e melhores níveis de saúde, confirmando os dados do Caderno 1 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). O estudo mostra também que sistemas com APS forte são mais



efetivos<sup>1</sup> e eficientes<sup>2</sup> (HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS, 2004).

**Quadro 4 – Distribuição de CD vinculados aos municípios analisados à Atenção Secundária, segundo carga horária e de acordo com as especialidades atuantes. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Total de CD em AS	7	0	0
Total de CD em AS 20h	1	0	0
Total de CD em AS 30h	0	0	0
Total de CD em AS 40h	6	0	0
Endodontia	2	0	1 *
Periodontia	1	0	0
Prótese	1	0	0
Cirurgia	1	0	0
Pacientes Especiais	1	0	0
Ortodontia	0	0	0
Estomatologia	0	0	0
Radiologia	0	0	0
Odontopediatria	1	0	0

\* CD vinculado à AB do município, que devido à alta demanda, realiza tratamentos endodônticos na UBS.

Apenas o município de Brusque possui profissionais em serviços especializados, totalizando 7 dentistas, conforme mostra o Quadro 4. Desses, 6 possuem carga horária de 40h semanais e 1 possui carga horária de 20h semanais. Apesar de haver um CEO no município, não são oferecidos os serviços mínimos exigidos pela Portaria 1.570 (BRASIL, 2004a). São ofertados os serviços de Endodontia, Cirurgia, Periodontia, Pacientes Especiais, Odontopediatria e Prótese, mas o serviço de Estomatologia não possui um profissional atuante.

Em relação à oferta de serviços na AT e urgência é encontrada uma situação semelhante à AS. Somente o município de Brusque oferece AT e serviço de urgência odontológica, conforme mostra o Quadro 5. O

<sup>1</sup> Medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais ou rotineiras (LAST, 1995).

<sup>2</sup> Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada (DONABEDIAN, 1990).

município possui 2 dentistas em AT e 1 dentista no serviço de urgência, com carga horária de 20h semanais. Uma possível justificativa deve-se ao fato deste tipo de serviço exigir um alto investimento financeiro.

Mesmo que a AB seja bem estruturada, seus serviços por si só não esgotam todas as necessidades de seus usuários e são necessários serviços de média e alta complexidade para garantir a continuidade do cuidado. Dessa maneira, é essencial que os municípios possuam profissionais especializados, seja vinculado ao município ou a outro município, disponibilizado por meio de referência, dependendo do tamanho da população de referência do município (GODOI, 2013; BRASIL, 2007).

Pode-se então constatar que a Região de Saúde de Brusque possui dentistas vinculados em todos os níveis de atenção e oferece além da atenção básica, os serviços de atenção secundária, terciária e de urgência, o que garante à população a possibilidade do acesso a procedimentos especializados. Entretanto, isso não pode ser entendido como garantia automática da integralidade da atenção em saúde bucal.

**Quadro 5- Distribuição de CD vinculados aos municípios analisados à Atenção Terciária e Serviço de Urgência, segundo carga horária. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Número dentistas AT	2	0	0
Número dentistas Urgência 20h	1	0	0
Número dentistas Urgência 30h	0	0	0
Número dentistas Urgência 40h	0	0	0

O Quadro 6 apresenta o quantitativo de auxiliares (ASB) e técnicos em saúde bucal (TSB) vinculados ao município.

A inclusão do pessoal auxiliar nos serviços de saúde bucal permite a liberação dos CD das funções mais simples e a expansão dos serviços odontológicos a um custo menor. Além disso, destacam-se como vantagens da incorporação do pessoal auxiliar: a maior eficiência e otimização do processo de trabalho, o aumento da qualidade técnica e da produtividade e a redução do desgaste físico, estresse e fadiga do cirurgião-dentista (FRAZÃO, 1999; PEZZATO e COCCO, 2004).

O município de Guabiruba não possui profissionais auxiliares em sua equipe de saúde bucal. Assim, além de não usufruir das vantagens obtidas com a presença desses profissionais, os dentistas do município ficam responsáveis por todas as atividades e, consequentemente, sobrecarregados.

Em Botuverá, há apenas um TSB com carga horária de 40h semanais e inserido na ESF. Como o município de Botuverá possui apenas um CD, sem levar em consideração a carga horária do CD e TSB e o nível de atenção, a proporção encontrada é de um TSB para um CD (1:1).

Já em Brusque, município de referência, há 8 TSB e 25 ASB, totalizando 33 profissionais. O município possui 33 dentistas e 33 auxiliares, obtendo também a proporção de 1:1.

**Quadro 6 – Quantitativo de recursos humanos em Saúde Bucal vinculados aos municípios em estudo e carga horária. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Número TSB 20h	0	0	0
Número TSB 30h	0	0	0
Número TSB 40h	8	1	0
Nº TSB com ESF	2	1	0
Nº TSB sem ESF	6	0	0
Número ASB 20h	0	0	0
Número ASB 30h	0	0	0
Número ASB 40h	25	0	0
Nº ASB com ESF	13	0	0
Nº ASB sem ESF	12	0	0

Para a manutenção do vínculo e longitudinalidade do cuidado, é importante observar o vínculo empregatício apresentado pelos profissionais de odontologia (GODOI, 2013).

O Plano de Cargos Carreiras e Salários (PCCS) é uma ferramenta utilizada para determinar as estruturas de cargos e salários de forma justa dentro da organização. Tem como objetivo definir as atribuições, deveres e responsabilidades de cada cargo e os seus níveis salariais. Um plano de cargos e salários eficiente e eficaz, transmite maior confiabilidade aos funcionários (SILVA, 2002).

A Portaria 4.270/2010 confirma a importância do PCCS ao assumir como estratégias a criação ou adequação dos PCCS existentes e despreciação dos vínculos de trabalho (BRASIL, 2010).

Neste estudo, não foi pesquisada a rotatividade dos profissionais na ESF. No entanto, é sabido que esta causa prejuízos na implantação desta estratégia, quando se considera os custos com capacitações da equipe, interrupções nos programas de saúde, prejuízos aos usuários e, principalmente, incapacidade desses profissionais em estabelecer vínculo com a comunidade (MEDEIROS et al, 2010). Pelo fato de a incorporação da ESF encontrar obstáculos, é preciso considerar a possibilidade de incentivos que favoreçam a permanência dos profissionais nessas áreas, reduzindo a rotatividade de profissionais e estabelecendo a fixação das ESF implantadas. Dentre os incentivos podemos listar vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos e incentivos salariais (BRASIL, 2005).

Conforme apresenta o Quadro 7, a grande maioria dos dentistas vinculados aos municípios estudados possui vínculo estatutário, o que proporciona maior estabilidade. No município de Guabiruba, todos os 6 CD possuem vínculo estatutário, enquanto em Brusque, 31 CD possuem vínculo estatutário e 2 CD possuem cargo comissionado. Já em Botuverá, o único CD vinculado possui vínculo celetista.

Enquanto em Brusque e Botuverá há PCCS, em Guabiruba não há. Porém, há um projeto em andamento para realização do PCCS neste município.

**Quadro 7 – Distribuição de CD vinculados aos municípios estudados segundo vínculo empregatício e presença de PCCS. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Total de CD Estatutário	31	0	6
Total de CD Celetista	0	1	0
Total de CD com Cargo Comissionado	2	0	0

Além da necessidade de recursos humanos, para que se configure um RAS é necessário também a existência de um conjunto de pontos de atenção distribuídos em diferentes níveis de atenção e densidade tecnológica e também sistemas de apoio. Esses pontos devem existir em número suficiente para garantir cobertura da população adscrita, garantir a resolutividade e qualidade da atenção (MENDES, 2011).

Nos municípios estudados são encontradas um total de 28 UBS, que constitui o ponto de atenção primária. Brusque possui 20 UBS das quais 19 oferecem atendimento odontológico. Guabiruba conta com 6 UBS, sendo que 5 prestam serviços odontológico e Botuverá possui 2 UBS onde ambas oferecem atendimento odontológico, conforme mostra o Quadro 8.

Para suprir a demanda da atenção secundária, apenas o município de Brusque possui um CEO. Este, é responsável por atender a demanda de 8 municípios, entre eles, Guabiruba e Botuverá.

**Quadro 8 – Quantitativo de pontos de atenção em saúde distribuídos nos municípios. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Quantidade de UBS	20	2	6
Quantidade de UBS que presta serviço odontológico	19	2	5
Quantidade de CEO	1	0	0
Quantidade de municípios para os quais o CEO presta serviços	8	-	-
Quantidade de AT	1	0	0

Brusque também é o único município que presta serviço de alta complexidade. O Hospital Dom Joaquim é o ponto de atenção terciária existente como referência nessa Região de Saúde. Este hospital oferece cirurgias bucomaxilofacial e atendimento a pacientes com necessidades especiais.

Quanto aos sistemas de apoio, é possível observar no Quadro 9 que o município de Brusque apresenta os serviços de Radiologia, Patologia Bucal, Assistência Farmacêutica, Pronto Atendimento e LRPD. O serviço de Prótese é oferecido no CEO do município.

Botuverá oferece apenas a Assistência Farmacêutica, enquanto Guabiruba oferece além da Assistência Farmacêutica, o serviço de Radiologia.

**Quadro 9 – Quantitativo de sistemas de apoio da RASB nos municípios. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Município	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Serviço de Radiologia	Sim	Não	Sim
Serviço de Patologia Bucal	Sim	Não	Não
LRPD	Sim	Não	Não
Assistência Farmacêutica	Sim	Sim	Sim
Pronto Atendimento	Sim	Não	Não

No entanto, ainda que a existência de pontos de atenção e sistemas de apoio seja uma condição essencial para que uma RAS exista, não é o suficiente. É necessário que estes pontos funcionem de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (MENDES, 2011).

**Quadro 10 – Relação de ferramentas de Sistema Logístico distribuídas nos municípios estudados. Região de Saúde de Brusque. 2014**

Sistema Logístico	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Transporte sanitário aos usuários dentro do município	Sim	Sim	Sim
Transporte sanitário aos usuários entre municípios	Sim	Sim	Sim
SB apresenta guia de práticas clínicas	Sim	Sim	Não
A rede possui Sistema de Regulação que inclui serviços odontológicos	Não	Sim	Não
Serviços de SB utilizam prontuário clínico eletrônico	Sim	Não	Não
A referência para outro ponto de atenção é realizada por encaminhamento	Sim	Sim	Sim

Sistema Logístico	Brusque	Botuverá	Guabiruba
Serviços de SB utilizam formulários específicos para encaminhamento	Sim	Sim	Sim
Existe protocolo que defina encaminhamento para CEO	Sim	Sim	Não
É realizada contrarreferência para AB	Sim	Sim	Sim
Após pronto atendimento é realizada referência para AB	Sim	-	-
Esse encaminhamento é realizado	Informalmente	-	-
Há formulários específicos para encaminhamento para AT	Sim	Sim	Não

O Quadro 10 mostra que todos os municípios pesquisados oferecem transporte sanitário aos seus usuários, realizam a referência para outro ponto de atenção por meio de encaminhamento utilizando formulários específicos para SB e após os serviços especializados é realizada a contrarreferência para a AB. A oferta desses Sistemas Logísticos garante à população uma articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, com maior facilidade de acesso e consequentemente uma continuidade do cuidado.

Apenas Brusque e Botuverá possuem guias de práticas clínicas em SB e protocolos específicos para encaminhamento para CEO e AT.

Brusque é o único município que utiliza prontuário clínico eletrônico nos serviços de SB e após pronto atendimento realiza referência para AB.

A partir do Quadro 10, percebe-se que a Região de Saúde conta com grande parte dos Sistemas Logísticos pesquisados em ao menos um município. Questiona-se ser necessária ou não a existência de Sistema de Regulação que inclua os serviços odontológicos visando atingir a

equidade, levando em consideração a dimensão dos municípios que integram a RASB.





## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa pesquisa, foi possível caracterizar os elementos Recursos Humanos, Pontos de Atenção, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos do elemento Estrutura Operacional da RASB da Região de Saúde de Brusque, com base nos elementos da RASB estudados.

A partir da análise dos resultados obtidos, encontrou-se uma diversidade nos estágios de implantação e organização da RASB visto serem municípios de diferentes portes, reforçando a necessidade desta ser pensada numa perspectiva organizativa em nível regional.

Constatou-se a necessidade de ampliação do número de CD e equipes de saúde bucal inseridas na ESF em todos os municípios, fortalecimento da ESF e também necessidade de inclusão dos profissionais auxiliares no município de Guabiruba. Foi encontrada uma quantidade de CD com carga horária inferior às 40h semanais, o que coloca em dúvida a adoção do modelo de Estratégia de Saúde de Família.

A Região de Saúde oferece serviços odontológicos em todos os níveis de atenção, porém questiona-se se é suficiente para garantir acesso e continuidade do cuidado à população.

Apenas o município de Botuverá oferece SB em 100% das UBS. Sugere-se então que esse serviço seja ampliado e oferecido em todas as UBS dos outros municípios para garantir e facilitar o acesso da população.

No âmbito da AS, questiona-se a necessidade de ampliação do serviço, visto que o único CEO oferecido é responsável por outros municípios além dos municípios que constituem esta Região de Saúde. Além disso, constatou-se a carência de profissionais na especialidade de Estomatologia, problema que pode ser considerado crônico em todas as Regiões de Saúde do Estado.

Foi observado que a RASB oferece aos usuários os serviços de apoio pesquisados, ressaltando a Assistência Farmacêutica, um serviço de apoio indispensável, que é oferecida em todos os municípios. Sugere-se a ampliação dos serviços de Prótese Dentária.

Com a análise dos dados obtidos, a integração entre os serviços e municípios caracterizou-se como limitada. Melhorar a integração é essencial para que se obtenha uma RASB consolidada.

Esperava-se encontrar nos municípios uma AB fortalecida e integração entre os mesmos para ofertar para a população serviços odontológicos nos três níveis de atenção. Com este estudo, constatou-se que os municípios possuem integração parcial e uma AB que necessita de melhorias, confirmando a posição dos gestores quando afirmaram que a AB ordena a RASB apenas de maneira parcial.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.) **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-86

ATUN R. **What are the advantages and the disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/Health Evidence Network. 2004. Disponível em <<http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2014.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009a. 282 p.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v.9. Brasília: CONASS, 2007. 248 p.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.080**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n. 8.142**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 1.032**, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. 2010a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.020**, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.570**, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. 2004a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 940**, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção**

**Básica n.17.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: Caderno 1.** Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão.** Série Pactos pela Saúde v.1. Brasília, 2006a. 76p.

BRASIL. MINISTÉRIO DE SAÚDE. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento Unidade de Gestão do Projeto – UGP. **Manual Operacional QualiSUS – Redes.** Vol1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

CAMPOS, G. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

CASTELLS, M. – **A sociedade em rede.** São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

COLEMAN, C.F. & WAGNER, E. – **Mejora de la atención primaria a pacientes con condiciones crónicas: el modelo de atención a crónicos.** In: BENGUA, R. & NUÑO, R.S. – Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona, Elsevier España, 2008.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M. C. M.; NICKEL, D. A.; CAETANO, J. C.; SILVA A. C. B. Análise da evolução da produção de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade na rede de serviços públicos em Santa Catarina. **Cad. Saúde Colet.**, vol. 17, n 4, p. 939-950, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1.639/2002.** Disponível em [http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639\\_2002.htm](http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1639_2002.htm) Acesso em 13 de novembro de 2013. 2013.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990.

FRAZÃO, PAULO. Sistemas de trabalho de alta cobertura na assistência odontológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. In: ARAÚJO, M. E. (org). **Odontologia em saúde coletiva**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; p.100-118, 1999.

GODOI, H. **Caracterização da organização da rede de atenção à saúde bucal em municípios catarinenses com mais de 100 mil habitantes**. 2013. 163 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2013.

HEALTH COUNCIL OF THE NETHERLANDS. **European primary care**. The Hague: Minister of Health, Welfare and Sports. Publication nº 2004/20E; 2004.

IBGE. **População Estimada 2013**. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420290>>. Acesso em 21 de novembro de 2013.

LACERDA, J. T. de; TRAEBERT, J. L. **A Odontologia e a Estratégia Saúde da Família**. Tubarão: Ed. Unisul, 2006.145 p.

LAST J. M. **A dictionary of epidemiology**. 3rd Ed. New York: Oxford Univesity Press; 1995.

MARTINS, G de A. **Estatística geral e aplicada**. 3ª ed. São Paulo: Atlas. 2005.

MATTEVI, G. S.; FIGUEIREDO, D. de R.; PATRICIO, Z. M.; RATH, I.B. da S. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 16, n. 10, p. 4229-4236, 2011.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al . A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, 2010.

MELLO, ALSF, ANDRADE, SR, MOYSES, SJ, ERDMANN, AL. Saúde bucal na rede de atenção e o processo de regionalização. **Cienc. Saúde Colet.** [online], out,2012. In print. [cerca de 15p]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V..**O dilema do SUS**. 2004. Disponível em: <<http://www.crf-rj.org.br/crf/revista/62/14.asp>>. Acessado em 10 de outubro de 2013. 2004.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus – Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p 21-34, 2011.

OPAS - **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas n° 4, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Cuidados inovadores para condições crônicas: os componentes estruturais de ação**, Relatório Mundial. Brasília, Organização Mundial da Saúde,2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Oral Health Report 2003. **Continuous improvement of oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme**. Geneva: WHO; 2003a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção À Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes De Atenção no SUS**. Brasília. 2010.



PEREIRA, Antonio Carlos. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. São Paulo (SP): Artmed, 2003. 440p.

PEZZATO, LUCIANE MARIA; COCCO, MARIA INÊS MONTEIRO. O técnico em higiene dental e o atendente de consultório dentário no mundo do trabalho. **Rev Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.28, n.68, p.212-219, set./dez.2004.

REIS, E. R. dos. **A humanização nas relações entre os profissionais de enfermagem e usuários da estratégia saúde da família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 143p.

RODRIGUES, M. P. **O perfil dos profissionais de saúde bucal dos serviços de saúde pública do Rio Grande do Norte**, 2001. Disponível em [http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto\\_perfil03.pdf](http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_perfil03.pdf). Acesso em 16 de abril de 2014.

RONDINELLI, D. A. – **Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance**. In: RONDINELLI, D.A. (Editor): *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. New York, Division of Public Administration and Development Management/Department of Economic and Social Affairs/United Nations, 2006.

ROSEN R, Ham C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia, informe del Seminario Anual de Salud 2008, Sir Roger Bannister. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada** [periódicos na Internet]. 2009 [acesso em 15 de outubro de 2013]; Vol.1: ISS. 2,Article 2. Disponível em: <http://pub.bsalut.net/risai/vol1/iss2/2/>.

SCHNEIDER, A.; PERALTA, J.A.G.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V.. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Centro de educação e Assessoramento Popular. 2ª. Ed. Passo Fundo: IFIBE; 2009. 48p.

SHIMIZU, H. E. A prática do auxiliar de enfermagem do Programa Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 1-12, set./out. 2004.

SILVA, Mateus de Oliveira. Cargos e salários. In: BOOG, Gustavo; BOOG, Magdalena (Coord.). **Manual de gestão de pessoas e equipes**. São Paulo: Gente, 2002. Cap.27.

SOUZA, A. M. A.; LYRA, A.; FREIRE, R. C. A. A rede de atenção à saúde bucal: a realidade no município de Caruaru. **J ManagPrim Health Care**, vol. 2, n. 2, p. 7-10, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. Cartilha sobre Prontuário Eletrônico: A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde, 2012. Disponível em: <[http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha\\_SBIS\\_CFM\\_Prontuario\\_Eletronico\\_fev\\_2012.pdf](http://www.sbis.org.br/certificacao/Cartilha_SBIS_CFM_Prontuario_Eletronico_fev_2012.pdf)> Acesso em 20 de novembro de 2014.

TREVISAN, L.N. & JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 12, n.4, p. 893-902, 2007.



## APÊNDICE A: Questionário para coleta de dados.



### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Prezado Gestor,

Uma Rede de Atenção à Saúde possui algumas características essenciais, como: a oferta contínua de serviços em pontos de atenção coordenados; a integração desses pontos de atenção por meio de sistemas logísticos e a existência de uma população com necessidades definidas, sob responsabilidade do sistema local de saúde (MENDES, 2010).

Considerando este referencial, solicitamos sua contribuição, respondendo as questões abaixo sobre a organização da Rede de Atenção à Saúde Bucal – RASB - do seu município.

Desde já, obrigada pela atenção!

#### IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_\_

Nome do município: \_\_\_\_\_

Regional de  
saúde: \_\_\_\_\_

Nome do  
respondente: \_\_\_\_\_

Cargo/função: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE BUCAL

1. Informe os seguintes dados:

a) Número total de dentistas: \_\_\_\_\_

b) Número de dentistas que trabalham em Coordenação  
(Gestão): \_\_\_\_\_

Especifique os tipos de Coordenações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- c) Número de cirurgiões dentistas que trabalham na Atenção Básica: \_\_\_\_\_
- d) Número de dentistas que trabalham na Atenção Secundária (especialidades): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Endodontia  
 \_\_\_\_\_ Periodontia  
 \_\_\_\_\_ Prótese  
 \_\_\_\_\_ Cirurgia  
 \_\_\_\_\_ Pacientes Especiais  
 \_\_\_\_\_ Ortodontia  
 \_\_\_\_\_ Estomatologia  
 \_\_\_\_\_ Radiologia
- e) Número de dentistas que trabalham na Atenção Terciária (hospitalar): \_\_\_\_\_
- f) Número de TSB por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30h    (    ) 40h
- g) Número ASB por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30h    (    ) 40h
- h) Número de dentistas na Atenção Básica por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30 h    (    ) 40h    (    ) outra carga horária
- i) Número de dentistas na Atenção Secundária por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30h    (    ) 40h    (    ) outra carga horária
- j) Número de dentistas na Atenção Terciária (atendimento hospitalar) por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30h    (    ) 40h    (    ) outra carga horária
- k) Número de dentistas em Serviço de Urgência/Emergência por carga horária:  
 (    ) 20h    (    ) 30h    (    ) 40h    (    ) outra carga horária
- l) Número de dentistas por vínculo empregatício:  
 \_\_\_\_\_Estatutário

\_\_\_\_ Celetista  
 \_\_\_\_ Contrato Temporário  
 \_\_\_\_ Outros.

Especifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. Existe plano de cargos, carreiras e salários (PCCS)?  
 ( ) Não ( ) Sim  
 Se não, existe proposta em andamento para criação ou  
 adequação do PCCS?  
 ( ) Não ( ) Sim

### **ESTRUTURA OPERACIONAL**

1. Quantos pontos de atenção da RASB há disponível no seu município:  
 a) Atenção Primária (UBS): \_\_\_\_\_  
 b) Atenção Secundária (CEO): \_\_\_\_\_  
 c) Atenção Terciária (atendimento hospitalar): \_\_\_\_\_  
 Especifique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
2. Quanto ao Apoio Diagnóstico, há serviço (próprio ou contratado):  
 ( ) Radiologia  
 ( ) Patologia Bucal  
 ( ) Laboratório Regional De Prótese Dentária (LRPD) –  
 Quantos? \_\_\_\_\_  
 ( ) Assistência Farmacêutica  
 ( ) Pronto Atendimento (unidade de urgência/emergência) –  
 Quantos? \_\_\_\_\_  
 ( ) Outros.  
 Especificar: \_\_\_\_\_

### **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

1. Número de dentistas de acordo com modelo de atenção na atenção primária:  
 \_\_\_\_\_ Inseridos em equipes de Saúde bucal na Estratégia  
 Saúde da Família

\_\_\_\_\_ Não inseridos em equipes de Saúde bucal na  
Estratégia Saúde da Família

2. Número de Auxiliares de Saúde Bucal de acordo com modelo de atenção na atenção primária:  
\_\_\_\_\_ Inseridos na ESF  
\_\_\_\_\_ Não inseridos na ESF
3. Número de Técnicos em Saúde Bucal de acordo com modelo de atenção na atenção primária:  
\_\_\_\_\_ Inseridos na ESF  
\_\_\_\_\_ Não inseridos na ESF
4. Os profissionais da Odontologia participam ou já participaram de atividades de educação permanente em saúde que abordassem o tema das RAS?  
( ) Não ( ) Sim
5. A atenção primária consegue organizar os fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção?  
( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Sim  
Se não ou parcialmente, quais os motivos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE**

1. O serviço de prótese é realizado:  
( ) Na Atenção Básica  
( ) No Centro de Especialidades  
( ) Não é ofertado
2. O(s) Centro(s) de Especialidades presta(m) serviços:  
( ) Apenas para o município. – Quantos? \_\_\_\_  
( ) Para o município e para municípios da região.  
Quantidade de CEO que presta este atendimento: \_\_\_\_  
Quantidade de municípios atendidos: \_\_\_\_

## ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

1. Liste os estabelecimentos na sua região que realizam serviços de Alta Complexidade e o tipo de serviço (Ex.: Bucomaxilo – Hospital X ; CA de Boca – Hospital Y; Necessidades Especiais – Hospital X):

---



---



---



---



---

## SISTEMAS LOGÍSTICOS

1. É garantido transporte sanitário aos usuários:  
 Dentro do município      ( ) Não ( ) Sim  
 Entre municípios          ( ) Não ( ) Sim
2. Os serviços de saúde bucal utilizam prontuário clínico eletrônico?  
 ( ) Não ( ) Sim
3. A saúde bucal apresenta guias de práticas clínicas ou protocolos que orientem e viabilizem a comunicação entre as equipes e também entre os serviços?  
 ( ) Não ( ) Sim  
 Se sim, especifique tipo e vigência (desde que ano)?

---



---

4. A referência para outro ponto de atenção na RASB é realizada:  
 ( ) informalmente  
 ( ) através de encaminhamento
5. Os serviços de saúde bucal utilizam formulários específicos para encaminhamento dos usuários na RASB?  
 ( ) Não ( ) Sim



6. A rede possui Central/Sistema de Regulação que inclui pontos de atenção de serviços odontológicos?  
( ) Não ( ) Sim
7. Quanto à atenção secundária:
- a) Existe protocolo de atenção e/ou fluxograma que defina a forma de encaminhamento (referência) para o serviço especializado (CEO)?  
( ) Não ( ) Sim
- b) É realizada contrarreferência para AB?  
( ) Não ( ) Sim
8. Quanto aos serviços de pronto atendimento:
- a) Existindo serviço de pronto atendimento, é realizada a referência do paciente para a atenção básica?  
( ) Não ( ) Sim
- b) Se sim, o encaminhamento é realizado:  
( ) Formalmente, através de formulário específico.  
( ) Informalmente  
( ) Outros. Especifique:
9. São utilizados formulários específicos para encaminhamento dos usuários para Alta complexidade?  
( ) Não ( ) Sim

## **APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**



### **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A partir do advento da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004, surge o primeiro ponto de atenção secundária para a constituição de uma rede de atenção em saúde bucal: o Centro de Especialidades Odontológicas. Em dezembro de 2010, com a Portaria nº 4.279, a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, este tema se consolida.

Partindo-se desse referencial, iniciamos esta pesquisa intitulada: Caracterização do elemento estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal da região de Brusque – recursos humanos, pontos de atenção e sistemas de apoio, com a qual temos o objetivo de analisar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal na região de saúde do município de Brusque, no Estado de Santa Catarina. Desta forma poderemos analisar a situação das ações e serviços de saúde bucal desta região do nosso Estado e contribuir para uma melhor implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal. Sendo assim, sua participação torna-se muito importante.

Esta pesquisa será realizada por mim, Carolina de Miranda Meurer, para obtenção de meu título de Cirurgiã-Dentista pela Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Sua participação é voluntária, ou seja, a qualquer momento você pode se recusar a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua participação consiste em responder o questionário a seguir, e sobre eventuais dúvidas você poderá contatar os participantes desta pesquisa, a qualquer momento, para esclarecimentos. O Sr(a) não terá quaisquer custos ou compensações financeiras, e não correrá riscos de qualquer natureza, apenas dispensará um pouco de seu tempo para responder ao questionário, como também para revalidação das respostas, caso seja necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação.

Desde já agradecemos sua atenção.

---

Carolina de Miranda Meurer  
(orientanda)  
carolmeurer\_61@hotmail.com  
(48) 9628-1258



---

Ana Lúcia S. F. Mello  
(orientadora)  
alfm@terra.com.br  
(48) 9980-4966

Declaro estar ciente do teor desse Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Estou ciente também, que minha assinatura dará autorização aos pesquisadores responsáveis pelo estudo de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos.

---

(Participante)

Florianópolis, \_\_\_\_\_.

## ANEXO A: Parecer CEP/UFSC.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

**Área Temática:** Área 4. Equipamentos, insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país. ;  
Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura. ;

**Pesquisador:** HELOISA GODOI

**Versão:** 1

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Catarina

**CAAE:** 01973312.5.0000.0121

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 27856

**Data da Relatoria:** 28/05/2012

#### Apresentação do Projeto:

O presente Processo (CAAE 019733125 00000121) trata do projeto de Dissertação, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC, intitulado: Processo de Implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

O Projeto conta com a Divisão de Saúde Bucal da Secretaria de estado da Saúde de Santa Catarina como instituição co-participante e consiste em um estudo de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, que será realizado em (12) cidades com mais de 100 mil habitantes do Estado de Santa Catarina. O período de desenvolvimento das atividades corresponde a junho de 2011 a agosto de 2012.

#### Objetivo da Pesquisa:

##### OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no Estado de Santa Catarina.

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde Bucal em cidades do Estado de Santa Catarina  
Descrever a estrutura e funcionamento da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

Identificar a presença dos elementos constitutivos de uma rede: população, estrutura operacional e modelo de atenção, bem como a integração entre os pontos de atenção.

Analisar o processo de implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A proponente destaca que a pesquisa não implicará em riscos de qualquer natureza.

O principal benefício decorrente do estudo refere-se a uma análise da implantação da Rede de Atenção à Saúde Bucal no estado de Santa Catarina, possibilitando assim uma melhor conformação da rede.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia refere que os dados primários serão obtidos através de entrevistas, aplicando-se um questionário estruturado com Coordenadores Municipais de Saúde Bucal utilizando a ferramenta FormSUS, disponível pelo DATASUS, sendo que a escolha dos entrevistados ocorrerá de forma intencional (por considerá-los *“pessoas-fonte”* ou seja, que possuem competências específicas para o objeto da pesquisa).

Além disso, o projeto prevê que os dados secundários serão obtidos através de análise de Protocolos de Saúde Bucal, formulários da Secretaria Estadual de Saúde *“Coordenação de Saúde Bucal e formulários disponíveis através do banco de dados do Sistema Único de Saúde *“DATASUS”*”*.

O principal instrumento da pesquisa (questionário) tem por base a Portaria nº 4.279, de 30/12/2010, a qual estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; o Caderno de Atenção Básica nº 17 *“Saúde Bucal, o qual evidencia a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica”*.

O projeto prevê ainda, a realização de um pré-teste das entrevistas, com o intuito de avaliar a especificidade do instrumento de pesquisa. As entrevistas poderão ser revalidadas após leitura das respostas, através de contato por telefone ou pessoalmente, com horário agendado, de acordo com a

disponibilidade do entrevistado.

O orçamento totaliza R\$ 259,40 (custeio) define que os custos para realização da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora principal.

Todos os instrumentos foram adicionados ao projeto e os itens: fundamentação teórica, justificativa, metodologia e referências bibliográficas estão adequados à proposta apresentada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os seguintes documentos constam do Processo:

- Folha de rosto;
- Declarações dos responsáveis perante as instituições envolvidas (1-Coordenação de Curso de Pós-Graduação em Odontologia na UFSC; Chefia de Divisão de Saúde Bucal/SES/SC);
- Projeto de pesquisa estruturado, o qual inclui: orçamento detalhado e dados do patrocinador, cronograma, Bibliografia e o questionário a ser aplicado aos gestores do sistema de saúde (Formulário de coleta de dados);
- TCLE;
- Relatório da Pesquisa.

**Recomendações:**

Recomenda-se que nos próximos projetos, venha a constar como nome da pesquisadora principal o da pesquisadora responsável pelo projeto (no caso, a orientadora ou coordenadora do projeto).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresentado está de acordo com a legislação vigente.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**O presente projeto, seguido nesta data para análise da CONEP, só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.**

FLORIANOPOLIS, 28 de Maio de 2012

---

Assinado por:

Washington Portela de Souza

**ANEXO B: Autorização cedida pelo Chefe da Divisão de Saúde Bucal do Estado de Santa Catarina para realização da pesquisa.**

DECLARAÇÃO

Eu, João Carlos Caetano, Chefe da Divisão de Saúde Bucal – Gerência de Coordenação da Atenção Básica – Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina, declaro estar ciente e de acordo com a pesquisa intitulada Caracterização do Elemento Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde Bucal da Região de Brusque – Recursos Humanos, Pontos de Atenção e Sistemas de Apoio, a qual será realizada pela pesquisadora Carolina de Miranda Meurer, graduanda em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, através de entrevistas com os Coordenadores de Saúde Bucal dos municípios da Região de Brusque.

Florianópolis, 13 de Fevereiro de 2014



João Carlos Caetano

Chefe da Divisão de Saúde Bucal